

2017 アポロコースト 白子オープン in サマー インフォメーション

2017年6月1日 作成

本大会にお申し込みいただいた選手の皆様、ならびにディレクター裁量WC付与をご検討中の選手の皆様、本インフォメーションシートをご確認いただきありがとうございます。

選考結果の発表方法ならびに種目の成立・不成立、予選開催の有無、ディレクター裁量のWC付与、試合日程、ドロー作成・OP、その他インフォメーションにつきましては、以降に記載の通りとなります。本ホームページ上に別途掲載の大会要項、JTAプレーヤーゾーンと合わせて、各自ご確認ください。

<選考結果の発表方法ならびに種目の成立・不成立について>

選考結果は、オンライン・ウィズドローならびにディレクター裁量WCを反映したアクセプトタスリストとして、6月15日(木)16:00以降に、JTAプレーヤーゾーン(「開催種目および受入順位」タブより)または本ホームページ(<http://www.apollo-tc.co.jp>)にて発表しますので、各自ご確認ください。

なお、アクセプトタスリストで規定数(シングルス=9、ダブルス=5)に満たなかった種目は不成立となります。

<予選開催の有無について>

各種目とも本戦のみとなります。予選は開催致しません。

<トーナメントディレクター裁量のWC付与>

1. 各種目とも、トーナメントディレクター裁量のWC付与の申請を以下の通りに受け付けます。

種 目	予選・本戦	定 員	申込締切
男子シングルス	本戦WC	本戦定員数からオンラインエントリー数を除いた本数分を先着順にて受け付け (定員数に達した場合、以降ウエイティング)	6月14日(水) 17:00
男子ダブルス			
女子シングルス			
女子ダブルス			

2. 大会名、WCを希望する種目名、氏名、所属、JTA登録番号、生年月日(西暦にて)、携帯電話番号、住所、自宅電話番号をFAXにてお願い致します。(FAX. 0475-33-6925)
FAX送信後、必ずお電話(TEL. 0475-33-4051)にて着信をご確認ください。
また、大会本部(アポロコーストTC)でも直接申し込みできます。
3. 参加料(本戦:11,100円)は、試合前に大会会場にてお支払い下さい。
なお、ディレクター裁量WC申請は、該当種目が不成立となった場合を除き、お支払いの義務が生じます。
4. 2017年度のJTA一般選手登録またはプロフェッショナル登録を済ませていない方は、受け付けできません。
未登録でWCを希望する方は、JTAプレーヤーゾーンにて登録を完了・登録番号の発行を受けた後、お申し込み下さい。

<試合日程>

本 戦	6/19(月)	6/20(火)	6/21(水)	6/22(木)	6/23(金)	6/24(土)
男子シングルス	1R 9:00	2R 9:00	3R 9:00	QF 9:30	SF 9:30	F 10:00
男子ダブルス		1R 12:00	2R 12:00	QF 12:00	SF 12:00	F 12:30
女子シングルス			1R 10:30	2R 9:30	SF 9:30	F 10:00
女子ダブルス				1R 12:00	SF 12:00	F 12:30
						予備日 6/25
試合数	32	32	24	16	8	4
予定コート面数	11	8	8	8	4	2

※各種目とも、参加数が少なくラウンド数が減った場合、試合日程は後ろ詰めとなります。

例) 男子ダブルスでエントリー数が9~16の場合、6月21日(水)が1回戦となります。

※各種目とも、1回戦がByeとなった選手は翌日からのスタートとなります。

<ドロワー作成・オーダーオブプレーについて>

1. 各種目のドロワーは、前項の試合日程に記載の1回戦前日の15:00より、大会本部にて作成致します。ドロワー作成後、17:00までにドロワーをJTAプレーヤーゾーンにて公開致します。
2. オーダーオブプレー(以降OP)は、試合前日の17:00頃までに作成する予定です。以下のいずれかの方法でご確認下さい。(弊社ホームページには掲載されません。)ただし、③では伝達間違い等のおそれもございますので、**可能な限り①～②の方法にてお願いします。**
 - ①大会本部・オフィシャルホテルで直接確認
 - ②JTAプレーヤーゾーンにて確認
 - ③大会本部に電話(TEL. 0475-33-4051、**18:30まで**)で確認なお、男子シングルスの本戦初日(6/19)のみOPのリクエストを受け付け致します。前日(4/16)の15:00までにFAX(0475-33-6925)にてお願い致します。ご希望にお応え出来ない場合もありますのでご了承下さい。

<試合方法、注意事項、その他>

1. 試合方法は、各種目ともベストオブ3タイブレークセットとします。
2. 試合前のウォーミングアップは、5分以内とします。
3. セルフジャッジとします。男子・女子ともに各種目決勝戦にはソロチェアアンパイア(SCU)がつきます。
4. 使用球は、ヘッド・ATPです。2球使用でボールチェンジは9-11とします。
5. 控えに入ったらドロワー番号の早い選手は大会本部までボールを取りに来て下さい。勝者は試合球と試合結果を本部まで届けて下さい。
6. プラクティス・コートは、以下の通りとなります。大会本部(レフェリーデスク)にてサインの上、ご使用下さい。
本戦開始前日(6/18) → 現在のところ確保できない見通しです。確保可能な場合も午後からの利用となりますので、当日午前中にお電話等にてコート状況をご確認下さい。
本戦期間中(6/19～6/24) → 8:00より試合開始後も含め終日確保する予定です。
7. プラクティス・ボールは、各自の本戦初回戦当日より使用できます。(初回戦の前日は使用できません。)
8. 本大会は、(財)日本テニス協会「JTA テニスルールブック 2017」の規定を適用します。
9. 試合中の傷害・病気等の応急処置は主催者側で行いますが、その後の責任は負いません。
10. コート・サーフェスは、屋外砂入り人工芝です。(天候その他により屋内砂入り人工芝を使用する場合があります。)
11. 欠場の場合、6月12日(月)13:59までにJTAプレーヤーゾーンにてオンラインウィズドロワーを行って下さい。オンラインウィズドロワー停止後のレイトウィズドロワーは、後のページに掲載のウィズドロワー届け・診断書またはメディカル評価確認書に記入の上、大会本部(0475-33-6925)までFAXして下さい。
レイトウィズドロワーの場合、「特別な理由」(ルールブック参照)での欠場を除き、サスペンションポイントが科せられます。また、レイトウィズドロワーの場合、「特別な理由」による欠場を除き、参加料の返金には応じられません。
12. オンライン決済の本戦出場選手の方は本戦差額分として、各種目とも5,000円を初回戦の試合前に大会会場にてお支払下さい。
13. 本大会はJTA一般アマチュア選手登録・プロフェッショナル登録が参加資格となっております。未登録の方は出場できません。
14. オンラインエントリーにおける決済期間内にご入金を確認できなかった場合は、自動的にキャンセル(ウィズドロワー)となりますので、十分にご注意下さい。なお、その場合、ディレクター裁量WCの申請を行うことは可能です。
15. 天候その他の状況により、開催要項の内容を変更する場合があります。

<オフィシャルホテル>

サニーインむかい	千葉県長生郡白子町中里4369	TEL 0475-33-2133/FAX 0475-33-4054
和室素泊り	1名で1部屋	6,000円/1人 朝食 850円/1人
	2名で1部屋	4,000円/1人
	3名以上で1部屋	3,500円/1人 全て消費税、入湯税等込みの料金です。

***各自でご予約下さい。(上記の料金は大会特別料金です。白子オープン参加選手であることをお申し出下さい。)**

アポロコーステニスクラブ	TEL. 0475-33-4051
	FAX. 0475-33-6925
営業時間	日・月・土 9:30~18:30
	水・木・金 9:30~21:00
	火曜休館日

※白子オープン開催期間中は8:00~18:30(休館日なし)

大会運営委員会御中

大会レフェリー _____ 様

ウイズドロー届

下記の大会へ申し込みましたが、出場を辞退したく届け出いたします。

大会名	
予選サイン締め切り	締切日： 月 日() ・ 締め切り時間 時 分
選手名	
所属団体	
出場種目	シングルス ・ ダブルス / 予選 ・ 本戦
欠場理由	

* 怪我、病気の場合は診断書又はメディカル評価確認書を提出してください。該当する番号を○で囲んでください。

診断書 又は メディカル評価確認書	1、ウイズドローフォームに添付します	2、後日提出します(大会期間中必着)
届け出月日	年 月 日	予選サイン締め切り 前 ・ 後

選手連絡先	電話・携帯電話
	ファックス
	Eメールアドレス

本人の署名 _____

診断書

選手名	
診察日:診察時間	
診察部位	
診断結果:症状	
必要な治療または手当	
プレー停止の必要期間	1 必要なし
	2 必要あり 年 月 日～ 月 日

ドクター	氏名	資格
連絡先	Eメールアドレス	
	電話	
	ファックス	

診察の結果、上記の記載内容に間違いありません。

この診断書は上記テニス選手の出場辞退等に関する確認書類として提出します。

ドクターサイン

発行日

メディカル評価確認書

選手名	
診察日:診察時間	
診察部位	
診察結果:症状	
必要な治療または手当	
プレー停止の必要期間	1 必要なし
	2 必要あり 年 月 日～ 月 日

トレーナー	氏名	資格
連絡先	Eメールアドレス	
	電話	
	ファックス	

診察の結果、上記の記載内容に間違いありません。

このメディカル評価確認書は上記テニス選手の出場辞退等に関する確認書類として提出します。

トレーナーサイン

発行日